

Bescheinigung über das Vorliegen eines positiven oder negativen Antigentests zum Nachweis des SARS-CoV-2 Virus

Testdatum/Uhrzeit:

Getestete Person:

.....
Name, Vorname

.....
Anschrift Hauptwohnung
(Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Land)

.....
ggf. Anschrift derzeitiger Aufenthaltsort

.....
Geburtsdatum

.....
Telefonnummer

.....
E-Mail-Adresse

Der Test wurde durchgeführt mit:

MEDsan® SARS-CoV-2 Antigen Rapid Test



MEDsan® SARS-CoV-2 Ag Duo



Testergebnis:

Negativ

Positiv*

Weitere Informationen, siehe Rückseite.

Test wurde durchgeführt durch:

.....
Name testende Stelle

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
Testende Person:

.....
Name, Vorname

Stempel/Unterschrift

.....
Unterschrift

Der Test wurde bezogen bei:

.....
Name Apotheke

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
PLZ, Ort

Stempel/Unterschrift